

ТАКТИКА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Мамась А.Н., Винников А.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

УЗ «Больница скорой медицинской помощи»

Введение. С современных позиций ведущим в лечении тяжелых форм гестозов является сочетанное применение управляемой гемодилуции и управляемой гипотензии [1]. Известные изменения гемодинамики и волемии при артериальной гипертензии, обусловленной беременностью, дают основание

расценивать данную патологию как синдром гипоперфузии на фоне генерализованного повреждения эндотелия, которому предшествует относительно недостаточное заполнение кровеносного русла. Последствия гиповолемии при тяжелых формах гестоза: неадекватный объем циркулирующей крови; тканевая гипоперфузия; клеточная гипоксия; активация патологических путей воспаления; ССВО; СПОН [2]. Вместе с тем, коррекция артериальной гипертензии у беременной с гестозами без адекватной инфузионной терапии не эффективна.

Цель работы. Разработать программы интенсивной терапии беременных с гестозом тяжелой формы в зависимости от срока и вида родоразрешения.

Материалы и методы. Было обследовано 67 беременных с гестозом тяжелой формы при сроке гестации 28–37 недель. Все пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от сроков и вида родоразрешения.

1 группа – пациентки со сроками гестации 27-32 недели, где проводилось пролонгирование беременности от 3 до 14 суток. Программа инфузионной терапии включала препараты ГЭК, 10% раствора глюкозы и кристаллоиды. Анестезиологическое обеспечение – продленная эпидуральная аналгезия.

2 группа - пациентки со сроками гестации более 32-34 недель, у которых родоразрешение планируется в течение 12-24 часов. Программа инфузионной терапии включала препараты ГЭК и кристаллоиды. Метод родоразрешения в 84% случаев оперативный. Метод анестезии – спинальная или спинально-эпидуральная.

3 группа - пациентки с тяжелыми формами гестоза, у которых планируется экстренное оперативное родоразрешение в ближайшие 3-6 часов. Программа инфузионной терапии: препараты ГЭК и гипертонический раствор. Метод малообъемных инфузий 2,5% раствора хлорида натрия на фоне внутривенной гипотензивной терапии нифедипином. Метод родоразрешения в 100% случаев оперативный. Метод анестезии – спинально-эпидуральная.

Целевые показатели ИТ: ликвидация гиповолемии – ЦВД 60-90 мм.вод.ст, часовой диурез > 60 мл, гипоонкотического состояния белок >60 г/л, артериальной гипертензии АД диаст. не > 90мм рт.

Результаты и их обсуждение. При проведении интенсивной терапии у беременных с гестозом необходимо учитывать состояние вегетативной нервной системы, как маркера нарушения адаптации в системе «мать-плод». Определение функционального состояния ВНС с помощью КИГ позволяет оценить состояние метаболических процессов и нейровегетативной регуляции кардиоритма матери и плода, что при гестозе позволяет выявить и своевременно скорректировать отклонения в системе мать – плацента – плод, решить вопрос о времени и методе родоразрешения и улучшить исходы родов.

Использование дифференцированных программ подготовки к родоразрешению при гестозах тяжелой формы позволило провести адекватную коррекцию полиорганной дисфункции во всех группах беременных. В первой группе удалось пролонгировать беременность для подготовки плода до 7-14 суток.

Препараты ГЭК достаточно полно отвечают требованиям, предъявляемым к инфузионной терапии у беременных с гестозом: быстро возмещают потерянный ОЦК, восстанавливают гемодинамическое равновесие, достаточно длительное время находятся в сосудистом русле, улучшают реологию крови и доставку кислорода к органам и тканям, улучшают маточно-плацентарный кровоток.

способствует устранению артериолоспазма, нормализуют онкотическое давление плазмы. При проведении длительной инфузионной терапии у пациенток с гестозом наряду с препаратами ГЭК могут использоваться концентрированные растворы (10%) глюкозы и кристаллоиды, а при необходимости экстренного родоразрешения в программу инфузионной терапии включается гипертонический раствор натрия хлорида. Общая скорость стартовой инфузии обязательно корректируется в зависимости от прироста центрального венозного давления, минутного и часового диуреза. Критериями эффективности проводимой инфузионной терапии является увеличение часового диуреза до 60-80 мл и показатели ЦВД 60-80 мм вод.ст. При этом необходим мониторинг центрального венозного давления, часового диуреза, кардиомониторинг.

Родоразрешение беременных с артериальной гипертензией, гестозом различной степени тяжести, целесообразно проводить при сочетании продленной эпидуральной анальгезии с гипотензивными препаратами, подбираемыми в зависимости от типа кровообращения

Выводы. Единственным этиопатогенетическим лечением преэклампсии является родоразрешение. К сожалению, выбор срока и метода родоразрешения часто является непростой задачей, связанной с желанием пролонгировать беременность до жизнеспособности плода с одной стороны, и опасностью возникновения угрожающих жизни матери и плода осложнений преэклампсии, с другой. Родоразрешение без адекватной целенаправленной подготовки значительно увеличивает риск акушерских и анестезиологических осложнений.

Литература

1. Зильбер, А. П. Акушерство глазами анестезиолога / А. П. Зильбер, Е. М. Шифман. – Петрозаводск, 1997. – 397 с
2. Савченко, И. М. Анестезиологическое обеспечение и интенсивная терапия родоразрешения при экстрагенитальной патологии / И. М. Савченко. – Мозырь, 2001. – 226 с